

ИССЛЕДОВАНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ВострокнUTOва Анастасия Юрьевна

студентка 5 курса Оренбургского государственного университета, город Оренбург, Россия

Чалая Елена Борисовна

научный руководитель, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Оренбургского государственного медицинского университета

Аффективное расстройство – психическое расстройство, связанное с нарушениями в эмоциональной сфере. В это понятие входят депрессивные и маниакальные расстройства, по своим проявлениям прямо противоположные друг другу [2, с.356].

Классификация аффективных расстройств

1. Единичный депрессивный эпизод.
2. Единичный маниакальный эпизод.
3. Биполярное аффективное расстройство.
4. **Рекуррентное депрессивное расстройство.**
5. Хронические расстройства настроения.
 - **Циклотимия.**
 - Дистимия.
6. Тревожные расстройства.
 - Паническое расстройство.
 - Генерализованное тревожное расстройство.
 - Агорафобия.
 - Социальные фобии.
 - Специфические (изолированные) фобии.
7. Соматоформные расстройства.
8. Стрессовые расстройства.
9. Возрастные расстройства эмоционального спектра [1, с.36–40].

Причины аффективных расстройств до сих пор неизвестны, однако учеными предложены несколько теорий их возникновения.

· **Биологическая теория.** Норадреналин и серотонин – два нейромедиатора в организме человека, которые обуславливают патофизиологические и патохимические проявления расстройств настроения. В эксперименте, проводимым у животных, было доказано что эффективное лечение антидепрессантами связано с угнетением чувствительности постсинаптических б-адренергических и 5HT₂-рецепторов после проведенного курса терапии. Имеются данные, указывающие на то, что *дофаминергическая активность редуцируется в состоянии депрессии и увеличивается при мании*. В недавно проведенных исследованиях было показано, что увеличивается число мускариновых рецепторов на культуре ткани фибриногенов, в моче, в крови и спинномозговой жидкости у больных с расстройствами настроения. Ученые предполагают, что системы вторичной регуляции, (аденилатциклаза, кальций, фосфатидил инозитол) также могут быть способствовать возникновению аффективных расстройств.

· **Генетическая теория.** Приблизительно половина больных, страдающих биполярными расстройствами имеют хотя бы одного родителя, страдающего этим же недугом. Было обнаружено, что доминантный ген, локализованный на коротком плече хромосомы 11, дает сильную предрасположенность к биполярным расстройствам в одной семье. Этот ген возможно участвует в регуляции тирозингидроксилазы - фермента, который необходим для синтеза катехоламинов.

· **Психосоциальная теория.** Возникновение депрессии связывают с негативными событиями, происходящими в жизни человека, а также стрессами, которые в современном социуме постоянно преследуют индивидуума. Необходимо отметить, что не меньшее влияние на возникновение аффективных расстройств оказывает такое свойство личности как внушаемость – реакция на воздействия окружающей среды.

· **Органическая теория** – возникновение аффективных расстройств связано с органической патологией головного мозга, поражением таких его отделов как лимбическая система, ретикулярная формация, и ряд других, имеющих непосредственное отношение к проявлению эмоций человека [4, с.58-60].

Диагностика аффективных расстройств.

Главными проявлениями аффективных расстройств являются изменения в эмоциональной сфере человека.

В настоящее время в психиатрии для оценки степени депрессивных переживаний используется шкала Гамильтона (HDRS). Эта шкала была создана в 1959 году, и с тех пор претерпела некоторые изменения. Она разработана для больных с аффективными расстройствами и достоверно отражает динамику состояния пациента после проведенной терапии. Данная шкала включает в себя от 17 до 21 пунктов, при этом суммарный балл определяется по первым 17 пунктам (9 из которых оцениваются по баллам от 0 до 4, а 8 – от 0 до 2). Четыре последних пункта шкалы Гамильтона (с 18-го по 21-й) используются для оценки дополнительных проявлений депрессии и определения возможных подтипов депрессивных расстройств [3, с. 28-31].

Аффективные расстройства отмечаются при многих органических заболеваниях – эндокринной патологии (заболевания щитовидной железы – тиреотоксикоз, гипотиреоз), наследственной (болезнь Паркинсона), **сосудистой патологии головного мозга (основную часть которой составляют острые нарушения мозгового кровообращения).**

При органических аффективных расстройствах присутствуют расстройства когнитивных функций или расстройства сознания, что не является патогномоничной чертой для эндогенных аффективных расстройств.

Необходима дифференциальная диагностика аффективных расстройств с шизофренией, однако при этом заболевании присутствуют другие характерные продуктивные или

негативные проявления [5, с. 563].

Актуальность изучения клиники церебральных инсультов, как одной из наиболее тяжелых форм ишемической болезни головного мозга, обусловлена не только их большой распространенностью и высокой смертностью больных, но и частотой возникновения нервно-психических расстройств. Аффективные расстройства занимают значительное место в психопатологической симптоматике больных, перенесших ишемический инсульт. Однако значительная часть пациентов с постинсультной депрессией не получает терапию, так как эмоциональные расстройства расцениваются как адекватная реакция на заболевание. Между тем, депрессивное расстройство является одним из факторов, ухудшающих функциональный исход у пациентов после инсульта.

Цели и задачи: изучение клинических вариантов депрессивных состояний и их динамики у больных с последствиями ишемического инсульта.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом обследовано 45 больных (мужчин 25, женщин – 20) в возрасте от 45 до 68 лет, перенесшими ишемический инсульт с гемипарезами и гемиплегиями (дополнительный психотравмирующий фактор). В зависимости от давности инсульта больные были разделены на три группы: восстановительный этап – от 2-х месяцев до 1-го года, ранний резидуальный этап – от 1-го года до 3-х лет, поздний резидуальный этап – свыше 3-х лет. Для объективизации депрессивных переживаний использовалась шкала депрессии Гамильтона.

Результаты: выявлено несколько разновидностей аффективных синдромов. **Депрессивно-тревожный синдром** характеризовался чувством внутреннего беспокойства, ипохондричностью, преувеличением тяжести своего состояния, он был установлен в восстановительный этап (66,7%), в меньшей мере – в ранний резидуальный (50%) и в поздний резидуальный (14,3%) этапы последствий инсульта. **Синдром тоскливой депрессии** проявлялся аффектом тоски с экстрапунитивной направленностью он преобладал у больных раннего резидуального этапа (42,9%), в меньшей мере – в поздний резидуальный (30%) и восстановительный (25%) этапы последствий инсульта. **Астено-депрессивный синдром** характеризовался реакциями раздражительной слабости, неверием в успех лечения, он преобладал у больных раннего резидуального этапа (42,9%), позднего – у 20%, восстановительного – у 8,3%.

Выводы: выявлено преобладание тревожного аффекта в депрессивной симптоматике у больных восстановительного периода, тоскливости и астении – в ранний резидуальный период. Указанные обстоятельства обуславливают особенности терапии- кроме лечения основного заболевания (сосудистого процесса) необходима медикаментозная и психотерапевтическая коррекция аффективных расстройств у больных в постинсультном периоде.

Список литературы:

1. Гехт А.Б., Боголепова А.Н., Сорокина И.Б. Депрессия после инсульта: опыт применения ципрамила // Журнал неврологии и психиатрии, 2002. – Т. 102. – № 5. – С. 36–40.
2. Гусев Е.И., Гехт А.Б. Реабилитация в неврологии. Учебное пособие. – М., 2000. – 456 с.
3. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Боголепова А.Н., Сорокина И.Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт // Журнал неврологии и психиатрии, приложение «Инсульт», 2001. – №. 3. – С. 28–31.
4. Сорокина И.Б. Депрессия у больных ишемическим инсультом. Дисс. канд. мед.наук. – М., 2005. – С. 58–60.
5. Тиганов А.С., Снежневский А.В., и др. Аффективные расстройства // Руководство

по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.